DISSERTATION

N°. 49.

SUR

LA CATARACTE;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 19 avril 1821, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JULIEN-LOUIS LEGENDRE, du Mans,

Département de la Sarthe.

Quæ medicamenta non sanant, ferrum sanat.
HIPP., aph. 6, sect. 8.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1821.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, DOYEN.
M. BOYER.
M. CHAUSSIER.
M. CORVISART.
M. DEYEUX.
M. DUBOIS.
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT.
M. PELLETAN.
M. PINEL.
M. RICHARD.
M. THILLAYE.
M. DES GENETTES.
M. DUMÉRIL, *Président.*
M. DE JUSSIEU.
M. RICHERAND.
M. VAUQUELIN.
M. DESORMEAUX.
M. DUPUYTREN, *Examinateur.*
M. MOREAU, *Examinateur.*
M. ROYER-COLLARD.
M. BÉCLARD, *Examinateur.*
M. MARJOLIN, *Examinateur.*
M. ORFILA, *Examinateur.*
M. FOUQUIER.
M. ROUX.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Comme un témoignage public de mon respect et de ma reconnaissance.

J. L. LEGENDRE.

DISSERTATION

SUR

LA CATARACTE.

La cataracte est une cécité plus ou moins complète, produite par l'opacité du cristallin, de sa capsule, ou des deux à la fois.

On reconnaît trois espèces de cataractes, savoir : la *cristalline*, qui affecte seulement le cristallin; la *capsulaire* ou *membraneuse*, qui dépend de l'opacité de la membrane cristalloïde ; enfin, une *laiteuse*, produite par l'altération de l'humeur de *Morgagni*. La première de ces différentes espèces est la plus fréquente.

Le cristallin est un corps lenticulaire, transparent, situé dans l'intérieur du globe de l'œil, au-devant du corps vitré, auquel il adhère par sa partie postérieure. Sa face antérieure, qui est recouverte par sa capsule, répond à la chambre postérieure de l'œil. Ses usages ont pour but de réfracter les rayons lumineux. Tel est l'exposé succinct de la disposition et des usages du cristallin.

Ce corps éprouve de l'altération dans sa transparence, sa consistance et sa couleur.

Sous le rapport de sa consistance, les auteurs et les praticiens ont reconnu un grand nombre de variétés. Tantôt le cristallin est ramolli

et réduit en une espèce de bouillie, ou même est devenu tout-à-fait liquide. Tantôt il est d'une dureté telle, qu'il ressemble à un morceau de plâtre ou de pierre; ce qui a fait donner à ce genre d'affection le nom de *cataracte plâtreuse* et de *pierreuse*. Il arrive plus souvent que le cristallin présente cette dureté que le défaut de consistance dont il a été fait mention plus haut.

Quant aux variétés qui dépendent de sa couleur, elles sont très-nombreuses. Ainsi la cataracte peut paraître blanche, nacrée, jacinthe, rouge, grise, brune, noire, etc. L'apparence laiteuse est très-commune chez les enfans.

On distingue encore deux espèces de cataractes, sous les noms d'*adhérente* et de *branlante*, selon que le cristallin opaque adhère fortement aux procès ciliaires, à la partie postérieure de sa capsule, ou antérieurement à l'iris; et, dans le dernier cas, lorsque le cristallin est atrophié ou en partie dissous, et qu'il se meut dans sa capsule de manière à se déplacer derrière la pupille.

C'est par le centre que commence presque toujours l'état d'épaississement du cristallin. Cela explique pourquoi les individus affectés de cataracte commençante aperçoivent mieux les objets dans l'obscurité qu'au grand jour. En effet, dans cette circonstance, la pupille est obligée de se dilater pour permettre le passage des rayons lumineux, et s'écarte ainsi du point obscurci du cristallin.

La capsule cristalloïde peut aussi perdre sa transparence; c'est ce qui constitue la cataracte membraneuse. Elle est susceptible de s'ossifier, de contracter des adhérences avec l'iris, et par là gêner les mouvemens de cette membrane et rendre la pupille difforme.

Ce n'est ordinairement que d'une manière lente et progressive que se développe la cataracte. Un seul œil est alors affecté; mais l'autre ne tarde pas à le devenir à son tour. On a cependant vu des cataractes se former instantanément; c'est alors par des causes violentes, telles que des coups portés sur la région des yeux, des chutes faites sur cette partie, de violens accès de colère : les deux yeux éprouvent la désorganisation en même temps.

Sans doute nous ne pouvons placer la cataracte parmi ces maladies qui compromettent la vie, ou qui exposent à chaque instant les malades à la perdre; mais c'est une affection qui ôte tous les charmes de l'existence en nous privant de la belle prérogative de distinguer les objets.

Les cataractes qui surviennent promptement, et qui sont le résultat d'une cause violente qui a agi sur l'économie, présentent moins de chances de succès à l'opérateur.

Le prognostic sera moins fâcheux lorsque la maladie sera survenue lentement, et que la perte de la vue aura été successive; que le malade pourra distinguer le jour des ténèbres; que la cataracte sera simple; que la pupille se dilatera et se resserrera facilement; lorsque l'œil ne sera pas trop enfoncé dans l'orbite, et qu'il n'y sera pas non plus trop mobile; enfin qu'il n'y aura aucune affection qui complique cette maladie: on devra concevoir des espérances pour la guérison.

Les cas qui compliquent la cataracte et qui contre-indiquent même l'opération sont assez nombreux. Ainsi, sans compter les différentes maladies cutanées, telles que les dartres, la teigne, les scrophules, la siphilis, etc., qui exigent un traitement préliminaire, nous trouvons l'inflammation aiguë et chronique des paupières et de la conjonctive, les taies situées au centre de la cornée, les différens ulcères de cette membrane, l'atrophie du corps vitré, et l'amaurose.

L'amaurose, ou paralysie de la rétine et du nerf optique, est une affection qui accompagne souvent la cataracte. Elle est presque toujours occasionnée par la même cause qui a produit celle-ci. Il est important, avant d'entreprendre toute espèce de traitement, de s'assurer si elle existe, afin de ne pas exposer le malade au désagrément qui en résulte, et même à une opération inutile, et qui quelquefois n'est pas exempte de dangers. On reconnaîtra qu'il y a amaurose toutes les fois qu'après avoir placé le malade au grand jour, on élevera subitement la paupière supérieure de l'œil affecté, après l'avoir tenue quelque temps abaissée; si la pupille reste immobile, c'est que la rétine est paralysée, que par conséquent elle est insensible à l'action

de la lumière. Il ne faut point exercer de frictions sur l'œil pour faire cet essai ; car il pourrait se faire que la pupille se dilatât par leur action, et que la paralysie n'en existât pas moins. D'un autre côté, il est difficile encore d'établir son diagnostic d'après cette expérience, parce que l'opacité du cristallin peut être complète, et que l'iris, ayant contracté des adhérences avec ce corps par toute sa circonférence, la pupille ne pût pas se dilater et permettre l'introduction des rayons lumineux, et par là induire en erreur. Cependant, si la maladie s'est annoncée par des céphalalgies violentes; si la pupille est immobile, le cristallin noirâtre, et surtout si le malade ne peut distinguer la lumière des ténèbres, on sera en droit de présumer l'existence de l'amaurose.

La cataracte attaque rarement les jeunes gens; ce n'est, au contraire, que dans un âge avancé que cette maladie se déclare.

Le cristallin, comme les autres organes de l'économie, se lasse et s'irrite à force d'agir ; de là naît sans doute l'affection qui nous occupe, puisque l'on voit les personnes les plus exposées aux causes qui déterminent l'action de cet organe être plus fréquemment affectées de cataracte : ainsi celles qui sont exposées à l'éclat d'une vive lumière, comme les verriers, les forgerons, etc. ; les habitans du nord, qui supportent continuellement la réflexion de la lumière que leur renvoient les neiges qui couvrent habituellement ces pays, et ceux des pays méridionaux, où le soleil darde ses rayons sur un sable brûlant qui les réfléchit ; enfin les personnes qui appliquent leur vue sur des objets très-déliés.

La cataracte peut encore être héréditaire. On peut citer à l'appui de cette assertion un exemple assez remarquable : c'est celui d'une dame qui s'est présentée à la consultation de l'Hôtel-Dieu, portant une cataracte à l'œil du côté gauche (l'œil droit, affecté aussi de cataracte, avait été opéré sans succès par extraction, par un oculiste). Cette dame, après avoir recouvré la vue du seul œil opérable, présenta successivement à M. *Dupuytren*, son fils, ses nièces, son neveu et son frère, qui étaient tous atteints de la même maladie. Toutes ces per-

sonnes furent opérées de la même manière que l'avait été la première (par abaissement), et jouissent en ce moment des bienfaits de cette opération. Au dire de cette dame, il paraît que sa mère était atteinte de la même maladie, qu'elle a transmise à ses enfans, et que ceux-ci l'ont ensuite communiquée à ceux qu'ils ont eus.

Il n'existe point de traitement médical, proprement dit, à opposer à cette maladie; il faut avoir recours à une opération. Mais, avant de la pratiquer, on doit s'assurer, comme je l'ai déjà dit, si rien ne la contre-indique : par exemple, si le malade distingue la lumière des ténèbres; qu'enfin les deux cataractes soient parvenues à un degré de maturité tel, qu'il ne puisse plus vaquer à ses occupations, ni même se conduire. Dans ce cas, comme dans tous ceux qui nécessitent les soins du médecin, il faut que celui-ci reconnaisse que les chances avantageuses équivalent au moins les inconvéniens qui pourraient résulter de son traitement. Ici, le malade ayant complètement perdu la vue, ne court aucun risque, puisqu'il se trouvera dans le même état, si l'opération est sans succès.

D'après les motifs que je viens d'exposer, l'on différera d'opérer si le malade est affecté en même temps de siphilis, de scrophules, de différens exanthèmes; s'il est disposé à l'apoplexie ou à une inflammation quelconque; lorsque l'état de l'atmosphère disposera au catarrhe. On s'en abstiendra, si les yeux sont affectés d'amaurose, d'ulcère à la cornée, ou dans ses autres parties; si la personne est sujette aux attaques d'épilepsie.

Il y a encore des soins particuliers à prendre avant de pratiquer l'opération de la cataracte. On aura soin de prescrire au malade, quelque temps auparavant, un régime adoucissant; de lui administrer des boissons laxatives, des lavemens; de lui conseiller de prendre quelques bains de pieds, et de placer un vésicatoire au bras, et même un séton à la partie postérieure du cou, si les conjonctives sont rouges et les yeux larmoyans. Si l'individu est fort et pléthorique, on lui pratiquera une ou plusieurs saignées au bras, et même au pied, dans le cas où il aurait la face vultueuse, et qu'il serait sujet

aux maux de tête. Tels sont les moyens qu'il ne faut pas négliger dans cette circonstance, comme dans toutes celles qui peuvent avoir pour effet une inflammation locale.

On facilitera beaucoup l'opération en faisant, une ou deux heures auparavant, l'application de l'extrait de belladone sur le bord des paupières et sur la conjonctive. Ce moyen procure les avantages de mettre la maladie à découvert, de faire connaître si l'iris est adhérente à la capsule du cristallin, et de faciliter le jeu des instrumens.

Ce n'est que par deux procédés chirurgicaux que l'on peut espérer de rendre la vue aux personnes affectées de la cataracte. Détourner de l'axe visuel le cristallin qui fait obstacle au passage des rayons lumineux, est le but qu'on se propose. Deux moyens sont employés à cet effet; le premier consiste à extraire de l'œil le cristallin, en pratiquant, comme je vais le dire tout à l'heure, une incision sur la cornée. C'est ce qu'on nomme *méthode par extraction*. Le second procédé, que l'on désigne sous le nom d'*abaissement* ou de *déplacement du cristallin*, consiste à porter en bas et à la partie postérieure du globe de l'œil ce corps, et de cette manière à le détourner de l'axe de l'œil par où la lumière doit passer pour que la vision puisse s'exercer.

Occupons-nous d'abord de la première manière que j'ai indiquée, c'est-à-dire de la méthode par extraction.

Les instrumens dont on se sert ordinairement pour pratiquer cette opération, sont: 1.° un bistouri, qui porte le nom de *cératotome*. Des deux bords qu'il présente, l'un est mousse, et l'autre tranchant: ils se réunissent en formant un angle très-aigu: cette lame est supportée par un manche taillé à pans inégaux. 2.° Une aiguille à pointe très-fine, recourbée en hameçon, fixée sur un manche à huit pans alternativement larges et étroits, semblable à celui qui porte la lame tranchante destinée à inciser la cornée; et une curette, aussi fixée à l'extrémité du manche qui supporte l'aiguille.

Quel que soit l'œil qu'on opère, l'autre doit toujours être recouvert de charpie, maintenue en place par une compresse, afin de borner

jusqu'à un certain point ses mouvemens, lesquels pourraient en imprimer sympathiquement de semblables à celui qui reste découvert.

Le malade etant ainsi disposé, on le fait asseoir sur une chaise dont le dossier ne soit pas trop élevé, devant une croisée bien éclairée, mais de manière que la lumière n'arrive qu'obliquement dans l'œil. Un aide, placé derrière, sera chargé de servir de point d'appui à la tête et aux épaules du malade, et d'assujettir la paupière supérieure de l'œil qui va être opéré. Il doit pour cela employer l'index et le doigt médius d'une main pour la soulever, en même temps qu'il presse sur le globe de l'œil pour le tenir fixe et immobile : tandis que de l'autre main, qu'il place sous le menton, il empêche le mouvement que pourrait faire le malade, soit par crainte ou par douleur. Il cessera la pression sur l'œil aussitôt que l'instrument aura pénétré dans son intérieur, parce qu'il occasionnerait la sortie de toutes les humeurs qui sont contenues dans cet organe.

L'opérateur, placé devant le malade, le plus près possible, et sur un siége plus élevé, doit pouvoir appuyer le pied correspondant à l'œil qu'il va opérer sur un corps solide et assez élevé pour que son genou puisse fournir un point d'appui immobile à son coude. Il abaissera la paupière inférieure avec le doigt médius de la main opposée à celle qui tient l'instrument. Il saisira son bistouri de la main qui correspond à l'œil malade, comme une plume à écrire, en sorte que les deux derniers doigts puissent prendre un point d'appui fixe sur la tempe du même côté.

Cette opération, plus qu'aucune autre, exige, comme on vient de le voir, que le chirurgien soit ambi-dextre, c'est-à-dire qu'il puisse se servir également des deux mains.

Les dispositions étant faites ainsi qu'il vient d'être dit, on recommande au malade de regarder en haut et en dehors, et on saisit cet instant pour plonger l'instrument à la partie supérieure et un peu externe de la cornée, à une demi-ligne de la sclérotique, au-dessus de l'axe transversal de l'œil, de manière que le couteau soit dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, pour que le lambeau soit

oblique, et que la paupière ne s'introduise pas entre les lèvres de la plaie et n'empêche pas sa cicatrisation.

Le couteau doit être tenu obliquement; mais son manche sera porté en avant, pour que la pointe tombe perpendiculairement sur la cornée, afin que cette membrane soit percée de part en part directement, et que l'instrument ne laboure point entre ses lames. Parvenu dans la chambre antérieure, le cératotome sera dirigé vers la pupille, traversera la chambre postérieure, et parviendra à la capsule du cristallin, qui sera incisée. Alors, par une marche rétrograde, l'instrument sera ramené dans la chambre antérieure, et ira percer de dedans en dehors la cornée transparente, à sa partie interne et inférieure, à une demi-ligne de la sclérotique. L'incision est terminée en poussant directement le cératotome vers l'angle interne de l'œil, sans chercher à abaisser la lame ou à relever le tranchant, ce qui rendrait le lambeau irrégulier. Le limbe qui résulte de cette incision sera donc oblique de haut en bas et de dehors en dedans.

Cette incision faite en un temps, on recouvre l'œil avec les paupières, et l'on fait de légères pressions de haut en bas et de bas en haut; on a soin de faire ces pressions très-délicatement, dans la crainte de provoquer l'issue du corps vitré. Si le cristallin ne se présente pas de suite entre les lèvres de la plaie de la cornée, on va le chercher avec une curette. Quant à la capsule, si elle ne suit pas le cristallin, on la détachera avec une aiguille en forme de fer de lance, ou avec de petites pinces.

Lorsqu'on opère sur les deux yeux, *Wenzel* veut qu'on incise les deux cornées avant de solliciter la sortie du cristallin. Il conseille encore d'avoir deux instrumens, parce qu'il pense que l'enduit onctueux qui recouvre le premier empêcherait de faire la seconde opération avec la même précision.

Le second moyen que nous avons indiqué pour opérer la cataracte, est la méthode par abaissement ou dépression.

Le malade préparé comme nous l'avons dit plus haut, voici la manière dont on s'y prend pour pratiquer l'abaissement.

Un seul instrument suffit pour opérer le déplacement (premier avantage de cette méthode). C'est une aiguille aplatie sur ses deux faces, assez large, et recourbée sur l'un de ses bords. La tige d'acier qui lui est continue doit être cylindrique, d'une égale grosseur dans toute son étendue, afin d'avoir la liberté de l'introduire ou de la retirer sans résistance, et pour qu'elle remplisse autant que possible l'ouverture qu'elle a faite pour pénétrer. Il faut aussi que le manche qui la supporte soit taillé à pans, afin qu'il puisse être tenu fermement à tous les degrés de rotation nécessaires, et que la disposition de l'aiguille dans l'œil soit indiquée par des points marqués sur ce même manche; car il est des momens, pendant l'opération, où l'opérateur ne peut plus observer la direction ni le jeu de son instrument.

L'aiguille tenue de la même manière que nous l'avons indiqué pour l'opération précédente, l'aide placé aussi également, l'opérateur engage le malade à regarder son nez : et lorsque celui-ci est tranquille, il introduit l'aiguille dans la sclérotique, à une ligne et demie de la cornée, un peu au-dessous de l'axe transversal du globe de l'œil. On traverse la sclérotique, la choroïde, la rétine et le corps vitré. Il ne faut point perdre de vue que le point d'élection que je viens d'indiquer, d'après tous les auteurs, est invariablement fixé. En effet, si l'on piquait trop près de l'insertion de la cornée avec la sclérotique, on arriverait sur l'iris ou sur l'anneau ciliaire, ce qui occasionnerait des accidens très-fâcheux, tels que les nausées et le vomissement. Si l'on s'éloigne trop de ce point, on s'écarte davantage du siége de la maladie. Aussitôt qu'on aperçoit la pointe de l'aiguille dans la chambre postérieure de l'œil, il faut la diriger en arrière en élevant le manche, et tourner la pointe du côté du cristallin, que l'on fixera à la partie supérieure et interne de ce corps. Ce premier temps exécuté, on exercera de légères dépressions sur cet organe, jusqu'à ce qu'on parvienne à le détacher du corps vitré, auquel il est fixé naturellement. Quand il est déplacé, l'opérateur fait exécuter un quart de cercle à l'instrument, et conduit le cristallin vers la partie inférieure,

postérieure et externe de l'œil, de manière qu'il se trouve derrière le corps vitré. On l'y maintient pendant quelques minutes, pour laisser le temps au corps vitré de se relever dans le lieu de la déchirure que l'on a faite, et de s'opposer ainsi au retour du cristallin. On retire ensuite l'instrument lentement, et dans la même direction où il se trouve.

Le cristallin et sa membrane, ainsi déplacés, ne tardent pas à être absorbés en totalité ou en partie, et ne s'opposent plus à la vision.

Il ne survient ordinairement qu'une légère phlogose des paupières après cette opération. Elle se dissipe facilement d'elle-même après quelques jours, ou lorsqu'on emploie des lotions adoucissantes.

Quelles sont les précautions que doivent prendre les personnes qui ont été opérées de la cataracte par l'une ou l'autre méthode?

Le médecin doit conseiller à la personne qu'il a opérée de la cataracte de continuer pendant quelque temps le régime adoucissant qui lui a été prescrit, d'éviter de faire de grands mouvemens, de peur de faire remonter le cristallin, s'il a été abaissé, ou bien d'irriter les organes contenus dans l'œil, et d'augmenter l'inflammation, soit qu'il ait eu recours à cette méthode ou à celle de l'extraction. Il lui recommandera de n'exposer que le plus tard possible ses yeux à la lumière, et de ne le faire que par degrés. Le malade devra porter pendant quelque temps un taffetas vert ou noir au-devant des yeux, et se servir de lunettes à verres convexes, qui rempliront en quelque sorte les fonctions du cristallin.

S'il survenait une inflammation trop violente, à la suite de l'opération, on prescrirait au malade des saignées générales, locales, des bains de pieds sinapisés, des fomentations émollientes; en un mot, tous les calmans et dérivatifs connus. On insisterait davantage sur le régime; une diète rigoureuse est indispensable; des boissons adoucissantes, quelquefois même purgatives, doivent être employées.

Les accidens qui peuvent survenir pendant l'opération de la cataracte par extraction sont, la déchirure ou le décollement de l'iris, qui détermine le vomissement, lequel peut provoquer la sortie du corps

vitré et des humeurs contenues dans l'œil; de là naît la cécité à laquelle on voulait remédier.

Ceux qui ont quelquefois lieu pendant l'opération de la cataracte par abaissement, sont, 1°. l'épanchement du sang dans l'œil; 2°. la cataracte peut être purulente ou laiteuse, et, aussitôt que la capsule est ouverte, le liquide se mêle à l'humeur aqueuse qu'il trouble; 3°. elle peut être molle ou caseuse; 4°. ou membraneuse.

Au moment où l'on introduit l'aiguille dans l'œil, il arrive quelquefois qu'on ouvre un ou plusieurs vaisseaux sanguins; le liquide, ne pouvant s'échapper au-dehors, se mêle à l'humeur aqueuse, la trouble, empêche l'opérateur de suivre la marche de son instrument, le force d'attendre jusqu'à ce que les humeurs aient repris leur état naturel. La même chose a lieu quand la cataracte est laiteuse ou purulente. L'expérience a appris que l'absorption du liquide est assez prompte pour que l'on ne doive pas différer l'opération à un autre temps.

Si la cataracte est membraneuse, le chirurgien doit imprimer de légères secousses à son instrument, afin de déchirer le plus possible la capsule du cristallin, la faire passer dans la chambre antérieure, où, détachée de ses vaisseaux nourriciers, divisée par petits fragmens, elle ne tardera pas à être absorbée.

Dans le cas de cataracte membraneuse secondaire, qui consiste dans l'amas de petites parties de la capsule, l'opérateur doit tenir la même conduite. *Scarpa* a remarqué que les fragmens de la capsule, confinés entre l'iris et la concavité de la cornée, n'ont jamais produit aucune incommodité au malade.

A laquelle des deux méthodes doit-on donner la préférence? Personne ne disconviendra que l'extraction est plus difficile, demande plus de dextérité et d'habitude de la part de l'opérateur que l'abaissement; que la section de la cornée est quelquefois incomplète à la première fois, et qu'il faut y revenir, soit avec le même instrument, soit avec des ciseaux; que l'iris peut être décollé; qu'il peut s'engager dans l'ouverture de la cornée; enfin qu'il peut être lésé lorsque

l'humeur aqueuse s'écoule de suite, et qu'alors, par l'affaissement de la cornée, l'achèvement de l'opération est beaucoup plus difficile.

Si l'ouverture de la pupille est très-rétrécie, l'instrument pénètre plus difficilement à travers ce pertuis, et alors l'engagement du cristallin est plus pénible, la sortie d'une portion ou de la totalité de l'humeur vitrée, ainsi que celle de sa membrane, est enfin un vice inhérent à cette méthode.

Les accidens consécutifs sont, l'inflammation de l'œil et ses différentes terminaisons, la fièvre, le staphylome, l'hémorrhagie, la cicatrice de la cornée, et la difficulté ou impossibilité de pratiquer une seconde opération, s'il survient une cataracte secondaire, ou si la première opération n'a point été achevée.

Les reproches que l'on fait à l'abaissement sont, l'épanchement de sang dans l'intérieur de l'œil, qui, en troublant l'humeur aqueuse de l'œil, empêchera l'opérateur de diriger convenablement son instrument, et l'exposera à blesser l'iris.

La douleur quelquefois très-vive; les nausées, les vomissemens, la réascension du cristallin ou son retour à sa place; le trouble des humeurs de l'œil, dans le cas de cataracte laiteuse ou muqueuse; les inconvéniens qui y sont attachés, et qui sont les mêmes que pour l'hémorrhagie; l'opacité de la membrane cristalline, soit antérieurement, soit postérieurement, et qui est plus difficilement détachée que dans l'extraction; l'ossification de cette capsule, ou celle du cristallin lui-même, qui exige alors l'extraction; le resserrement de la pupille, qui a ici le même inconvénient que dans l'extraction, car il empêche l'opérateur de suivre la marche de l'aiguille, et, dans le cas de cataracte molle, il est difficile de porter les débris du cristallin dans la chambre antérieure.

D'après cet exposé des inconvéniens de chaque méthode, on peut voir que ceux du déplacement ne peuvent être mis en parallèle avec ceux de l'extraction. Ils sont moins nombreux et moins réels dans la première méthode que dans la seconde. L'abaissement peut être pratiqué dans un plus grand nombre de cas, et on peut le répéter ou

revenir plusieurs fois sur l'opération sans de graves inconvéniens. D'ailleurs ce procédé paraît le plus conforme à la saine pratique, d'après l'opinion des plus grands maîtres, qui l'adoptent presque exclusivement, persuadés qu'ils sont que les succès par cette méthode sont à ceux par extraction comme dix est à un.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

In temporibus, quandò eâdem die modò calor, modò frigus fit, autumnales morbos expectare oportet. *Sect.* 3, *aph.* 4.

II.

In constantibus temporibus, si tempestivè tempestiva reddantur, constantes, et judicatu faciles fiunt morbi : in inconstantibus autem, inconstantes, et difficiles judicatu. *Ibid.*, *aph.* 8.

III.

A plagâ in caput stupor, aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 14.

IV.

A tumoris intùs ruptione exsolutio, vomitus, et animi deliquium fit. *Ibid.*, *aph.* 8.

V.

Non febricitanti appetitus dejectus, et oris ventriculi morsus, et tenebricosa vertigo, et os amarescens, sursùm purgante opus esse indicat. *Sect.* 4, *aph.* 17.